

**Bienvenido al Centro de Salud Escolar  
Cincinnati Departamento de Salud  
Paquete Inscripción**

**POR FAVOR, COMPLETE Y FIRME TODAS LAS PÁGINAS.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: H o M

# Seguro Social del paciente (si lo sabe) \_\_\_\_\_ Proveedor de Seguro: \_\_\_\_\_ # Seguro: \_\_\_\_\_

**SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:**

**SÍ**, Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba **CUIDADOS MEDICOS** incluyendo chequeos de bienestar rutinario\* (incluye chequeos para trabajo, guardería, y deportes) las vacunas apropiadas, el barniz fluoruro, y el tratamiento de la enfermedad o lesión, incluyendo con los medicamentos de venta libre a menos que se necesitan los servicios de emergencia. (\*Nota: control del niño sano incluye exámenes de la vista y la audición, análisis de orina y de sangre, vacunas según sea necesario, y un examen genital externo cuando sea apropiado)

**NO**, Yo no quiero que mi hijo/a recibir **CUIDADOS MEDICOS** en el centro de salud escolar (SBHC).

*Por favor, darse cuenta que los menores adolescentes en Ohio pueden acceder servicios confidenciales por las infecciones de transmisión sexual y la planificación de la familia, incluida la provisión de métodos anticonceptivos, tales como los condones o píldoras para el control de la natalidad sin el consentimiento de los padres.*

**SERVICIOS DENTALES:**

**SÍ**, Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba **SERVICIOS DENTALES** a una clínica de Cincinnati Departamento de Salud (CHD) o SBHC/clínica móvil incluyendo los cuidados preventivos, exámenes dentales, rayos x, selladores, obturaciones, la anestesia local, extracción del diente y conductos radiculares si es necesario. Selladores y otros procedimientos preventivos se imparten en la escuela. (Consulte sección de transporte.)

**NO**, Yo no quiero para que mi hijo/a reciba **SERVICIOS DENTALES**

**SERVICIOS de la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA:**

**SÍ**, Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba **SERVICIOS OFTALMOLÓGICAS** en el centro de la visión de OneSight en Oylar Escuela, que puede incluir exámenes completos de la vista con dilatación, terapia de la visión, y el montaje y la distribución de corrección de la visión. (Consulte sección de transporte.)

**NO**, Yo no quiero para que mi hijo/a reciba **SERVICIOS OFTALMOLÓGICAS** en el centro de la visión OneSight en Oylar Escuela.

**TRANSPORTE:**

**SÍ**, yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea **transportado/a** a y de servicios médicos, dentales o vistos de una designado de la escuela. Yo, el padre o tutor del estudiante antes mencionada libera de la ciudad de Cincinnati, sus miembros del Consejo de la ciudad, empleados, y agentes autorizados y representantes y el Cincinnati distrito de la escuelas públicas, los miembros de la junta directiva, los administradores, empleados y agentes autorizados y representantes de toda responsabilidad relacionada con lesiones al personal o daños resultantes del transporte de mi hijo/a a y de los servicios de salud.

**NO**, Yo no quiero para mi hijo/a para ser transportados a o de la escuela para estos fines.

Mediante la firma de este acuerdo, estoy de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en relación con el **PAGO DE LOS SERVICIOS** y el **INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE LA SALUD** como se explica en el **formulario de descripción del programa** que acompaña este formulario. Yo también he recibido y estoy de acuerdo con el **Consentimiento del Paciente para el Uso y la Divulgación de la Información Protegida de la Salud**, como se explica en la descripción del programa. He recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad**, que se adjunta por separado.

\_\_\_\_\_  
**Firma Padre/Madre/Guardián      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso Padre/Madre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (si tiene 18 años o más)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del paciente**

(Puede continuar en la siguiente página)

## Información del Estudiante

### Centro de Salud Escolar

Para proveer servicios de salud por su hijo/a, necesitamos la siguiente información:

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Nombre del proveedor de seguros	Número del seguro
		<input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> Caresource <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Paramount <input type="checkbox"/> Buckeye <input type="checkbox"/> Other	ID# MMIS#

Nombre Padre/Madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Relación de niño: \_\_\_\_\_ Padre/Madre/Tutor # de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Persona de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico o clínica regular: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico anual (de pies a cabeza): \_\_\_\_\_

Dentista o clínica regular: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última chequeo dental rutina: \_\_\_\_\_

¿Desea una copia del examen físico para ir a la clínica o médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Farmacia teléfono #: \_\_\_\_\_

Firma Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha de Firma \_\_\_\_\_

(Puede continuar en la siguiente página)

## FORMA DE HISTORIAL DE SALUD

**NOMBRE DE NIÑO/A** \_\_\_\_\_

**1. ¿Es alérgico su hijo/a a algún medicamento?**

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Por favor, lista: \_\_\_\_\_

**2. ¿Algunas alergias alimentarias severas? Por favor, lista:**

\_\_\_\_\_

**¿Otro tipo de alergias? Por favor, lista:**

\_\_\_\_\_

**3. ¿Su niño o cualquier miembro de su familia tiene o ha tenido cualquiera de estos problemas? (Consulte)**

	Niño/a	Familia		Niño/a	Familia		Niño/a	Familia
Asma o Resuello	_____	_____	Desmayarse al hacer ejercicio	_____	_____	Migrañas	_____	_____
Alergias/febre heno	_____	_____	Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____	Ataque Convulsiva	_____	_____
Deficit de Atención	_____	_____	Dolores de Garganta frecuentes	_____	_____	Anemia células falciformes	_____	_____
Anemia / problemas sanguíneos	_____	_____	Dolores de estomago frecuentes	_____	_____	Sinusitis	_____	_____
Reacción Anafiláctica	_____	_____	Colesterol alto	_____	_____	Insomnio	_____	_____
Curvatura anormal espina dorsal	_____	_____	Murmulo Cardiaco	_____	_____	Ronquido	_____	_____
Abuso Alcohol / Drogas	_____	_____	Perdida Oído	_____	_____	Problemas de habla	_____	_____
Acné	_____	_____	Enfermedades Cardiacas	_____	_____	Ulceras de Estomago	_____	_____
Problemas Comportamiento	_____	_____	Tensión Alta	_____	_____	Intentos de suicidio	_____	_____
Niños: testículos fuera del saco	_____	_____	VIH /Sida	_____	_____	Apoplejía	_____	_____
Heces en los pantalones	_____	_____	Urticaria	_____	_____	Problemas Dentales	_____	_____
Huesos Rotos	_____	_____	Hiperactividad	_____	_____	Tuberculosis	_____	_____
Cáncer – tipo	_____	_____	Problemas articulaciones	_____	_____	Por debajo peso normal	_____	_____
Varicela	_____	_____	Enfermedad Riñones	_____	_____	Infecciones Tracto Urinario	_____	_____
Diarrea/ Estreñimiento	_____	_____	Intoxicación por Plomo	_____	_____	Flujo Vaginal	_____	_____
Infecciones crónicas oído	_____	_____	Problemas Aprendizaje	_____	_____	Mearse por el día/noche	_____	_____
Concusión	_____	_____	Leucemia	_____	_____			
Depresión	_____	_____	Bultos en ingles/pecho	_____	_____	<b>Por favor explique todas las 'x':</b>		
Diabetis	_____	_____	Problemas musculares	_____	_____			
Mareos	_____	_____	Tics Nerviosos	_____	_____			
Eczema / Infecciones piel	_____	_____	Hemorragias nasales	_____	_____			
Problemas de la vista	_____	_____	Pesadillas	_____	_____			

**4. ¿Ha tenido su hijo/a alguno de estos problemas?**

Prematuro o peso al nacer menos de 5 lbs. \_\_\_\_\_ Parto Dificil \_\_\_\_\_  
Pobre crecimiento/desarrollo lento en la infancia \_\_\_\_\_ Abuso de alcohol o drogas durante el embarazo \_\_\_\_\_  
Otros problemas en la infancia incluyendo desarrollo \_\_\_\_\_

**5. ¿Está su hijo/a tomando medicamentos ACTUALMENTE?**

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, (diga el nombre de los medicamentos): \_\_\_\_\_

**6. ¿Ha tomado su hijo/a medicinas anteriormente? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_**

Cuales: \_\_\_\_\_

**7. ¿Su hijo/a ha sido operado, tenido danos serios u hospitalizaciones?**

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

**8. ¿Su hija ha estado embarazada alguna vez?**

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿Cuántos hijos vivos ha su niña dado a luz? \_\_\_\_\_ -

**9. ¿Ha sido su hijo/a víctima de abuso? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_**

**Evaluación de Riesgo de Tuberculosis (TB)**

¿Ha estado su hijo/a en contacto con alguna de las siguientes personas?: Inmigrantes de otro país, alguien diagnosticado o tratado de tuberculosis, niños o adultos encarcelados, infectados de SIDA, sin techo, residencias de ancianos, niños o adultos institucionalizados, consumidores de drogas ilegales o trabajadores itinerantes de granjas? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Por favor rodee con un círculo sí o no aquí abajo y explique cualquier respuesta positiva en la línea ofrecida:**

¿Ha sido diagnosticado o tratado de tuberculosis? SÍ NO \_\_\_\_\_  
¿Es un inmigrante? SÍ NO \_\_\_\_\_  
¿Ha viajado a otro país? SÍ NO \_\_\_\_\_  
¿Ha estado en la cárcel o 20/20? SÍ NO \_\_\_\_\_

**Preocupaciones Escolares**

**Por favor rodee con un círculo sí o no aquí abajo, y explique cualquier sí en la línea ofrecida:**

¿Tiene su hijo algún problema de aprendizaje? SÍ NO \_\_\_\_\_  
¿Está su hijo/a en una clase de Educación Especial? SÍ NO \_\_\_\_\_  
¿Ha repetido algún grado? SÍ NO \_\_\_\_\_  
¿Se mete en problemas a menudo en la escuela? SÍ NO \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las notas de su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿Es esto un cambio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento para sedación con óxido nitroso

**Si su hijo necesita tratamiento dental, puede ser beneficioso o necesario para utilizar sedación con óxido nitroso para completar el tratamiento dental. El óxido nitroso se relaja los niños, les hace más cómodo, y les da una mejor experiencia en su cita con el dentista. Al firmar este formulario adelantado nos será más fácil de cumplir el tratamiento de una manera más oportuna y eficiente. Nos intentará llamar a Usted antes de usar el óxido nitroso en su hijo. Por favor, lea la siguiente página y firmar en la parte inferior si usted da su consentimiento al tratamiento con sedación con óxido nitroso. Sólo se utilizará si es necesario.**

Doy permiso para que un dentista de la Cincinnati Departamento de Salud para darle a mi niño/a sedación con óxido nitroso si se indica. Entiendo que algunos efectos secundarios pueden ocurrir entre ellos:

1. Las náuseas y los vómitos, sugerimos que no comer alimentos de por lo menos dos horas antes de la cita.
2. Sudoración excesiva y el paciente puede ponerse roja o rojiza.
3. A veces una cantidad inusualmente alta de saliva es producido.
4. Aunque no es común, el paciente puede tener una sensación de tener escalofríos.
5. En circunstancias excepcionales, el niño puede volverse temporalmente hiperactivo.

Los beneficios incluyen la relajación y si es posible, eliminando la necesidad de inyección del anestésico local ("Novocaína"). Para aquellos pacientes que necesitan tanto, el uso de óxido nitroso/oxígeno hará que las inyecciones es mucho más fácil para el paciente.

En ningún momento el paciente se "dormido" y en todos los tiempos se le dará al paciente más oxígeno que el que está presente en aire de la sala. Los pacientes serán supervisados continuamente por el dentista y el personal, así como uno de los padres puede estar presente, así si se solicita.

Si desea que se le presente, por favor, haga una nota en la parte superior de este formulario y estaremos encantados de concertar una cita para su comodidad.

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba sedación con óxido nitroso que se considere necesario por el odontólogo. Tengo entendido que el personal odontológico intentaremos ponernos en contacto con mí antes de administrar el óxido nitroso.

Yo no consentimiento para que mi hijo reciba sedación con óxido nitroso.

---

Firma (padre, madre o tutor)

Número de teléfono

Fecha

**LAS PÁGINAS SIGUIENTES  
SON PARA QUE LO REVISE  
Y MANTENER PARA SU  
REGISTROS**

**Descripción del programa  
Centro de Salud Escolar  
Cincinnati Departamento de Salud**

**Bienvenido al Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar, servicios médicos, dentales y visión son disponibles para todos los estudiantes cuando sea necesario.** Si su niño/a se enferma en la escuela o si su niño/a necesita un examen, **físico para deportes, vacunas, cuidado dental rutinario, o un examen de visión**, se les puede hacer en el Centro de Salud Escolar. Si su niño/a se desarrolla un problema dental en la escuela, un dentista puede ver a su hijo en la Cincinnati Departamento de Salud (CHD) Price Hill Health Center (PHHC) o en CincySmiles Dental Road Crew.

**Cómo funciona el Centro de Salud Escolar:**

- **Usted debe completar** la autorización adjunta y las otras páginas de información y volver a la enfermera de la escuela u oficina de la escuela.
- Si el personal de la escuela considera que su hijo/a está enfermo o tiene problemas dentales, ellos **tratar de ponerse en contacto con Usted.** Si su niño/a necesita un examen, un físico para deportes, cuidado dental rutinario o vacunas, el centro le ayudará a obtener un nombramiento a tiempo en el **Centro de Salud Escolar, si no es posible su médico o dentista regular.**
- El Centro se pondrá en contacto con la enfermera o el pediatra y han visto su hijo tan pronto como sea posible.
- Su niño/a será examinada y tratada. Si es necesario, una receta será escrito.
- Después de que su hijo tiene una visita con el médico o dentista, **Usted será contactado por teléfono o por escrito.**
- **El Centro de Salud Escolar no toma el lugar de su médico regular y unirse al programa no significa que se va a cambiar al médico de su niño/a.** Usted se alentar a algún cuidado de seguimiento necesario con su médico regular y un resumen de la visita de su hijo/a a CHD será enviado a la oficina. Sin embargo, si usted no tiene un médico regular, celebramos esa relación aquí y puede convertirse en médico de su hijo. **Si su hijo ya es un paciente de CHD clínicas, todavía Ud. tiene que firmar este consentimiento para ser parte del Centro de Salud escolar.**

**Los SERVICIOS DE CUIDADOS PRIMARIOS de la salud nos puede proveer incluyen:**

- Las visitas enfermas (por ejemplo, para el dolor de garganta, erupciones cutáneas, un ataque de asma) y el seguimiento de problemas médicos, incluyendo examen físico, pruebas y tratamiento y medicamentos según sean necesarios.
- Evaluación de daños menores, incluyendo primeros auxilios.
- Examen físicos rutinarios (incluyendo físicos de deportes y trabajo) con vacunas, exámenes rutinarias y tratamientos según sea necesario.
- Educación para la salud y la promoción bienestar.
- Remisión a agencias externas para más cuidado de que no se puede proporcionar en el Centro de Salud Escolar.

**Los SERVICIOS DENTALES que puede proveer incluyen:**

- Exámenes dentales rutinarios y exploraciones, incluyendo educación para la salud dental y servicios preventivos, tales como la limpieza y los selladores dentales para ayudar a detener la caries.
- Visitas para problemas (por ejemplo, para el dolor, infección o lesión) o las visitas de atención urgente o de emergencia, para incluir el examen, los rayos x, obturaciones, extracciones (la extracción de dientes flojos o infectados), tratamiento necesario (incluidos los medicamentos) de una infección oral u otros problemas, y/o otros procedimientos (incluyendo conductos radiculares de los dientes frontales).

**Respecto al PAGO DE SERVICIOS:**

- Si usted no tiene seguro médico para su niño/a, usted será responsable de pagar la factura con un **descuento aplicable.** Sin embargo, a ningún niño se les niega la atención debido a la incapacidad de pagar por los servicios.
- Si usted no tiene seguro médico para su hijo, se le pedirá información sobre sus ingresos para asegurar la conformidad con los requerimientos federales y para determinar si usted califica para una reducción o exención de pago según la escala del Departamento de Salud Cincinnati. Esta información será estrictamente confidencial.
- Si usted tiene seguro médico privado, deben ponerse en contacto con el departamento de servicio al cliente para asegurarse de que su seguro cubre los gastos por los servicios en el CHD. Si su seguro no cubre CHD, usted será responsable por el pago de los servicios con un descuento de acuerdo a sus ingresos.
- No se le negara la atención médica debido a la incapacidad de pagar por los servicios.
- **Nosotros podemos ayudarle si usted necesita asistencia solicitando Medicaid,** usted puede pasarse por nuestro centro o llamar 513-357-2809. Usted también puede contactar con Urban Appalachian Council en 251-0202 o con los Departamentos de Servicios de Trabajo y Familia de Hamilton County 946-1000.

## Respecto al INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

- El Centro de Salud Escolar podrá solicitar expedientes médicos/información de un proveedor o la instalación en donde se haya visto su hijo/a.
- El Centro de Salud Escolar enviara los resultados de la visita a la clínica/doctor donde ven a su hijo/a normalmente.
- La PHHC, Centro de Salud Escolar y/o el Departamento de Salud Cincinnati (CHD) y la enfermera de la escuela, compartirán la información médica con los otros según sea necesario.
- La información medica y cualquier otro tipo de información sólo será utilizada en el tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de salud del Centro de Salud Escolar. Toda la información sobre su hijo/a será estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes estatales y federales.
- La escuela tiene otros recursos de la comunidad disponibles, incluida la salud mental. Si los servicios de salud mental son necesarios, el centro de salud médico puede iniciar una remisión al profesional de salud mental en la escuela de su hijo/a o un sitio de la comunidad, el profesional de salud mental se pondrá en contacto con su consentimiento. El centro de salud médico y el profesional de salud mental se encargará de coordinar el cuidado del niño, según sea necesario. Toda la información será estrictamente confidencial.

---

## Consentimiento de la paciente para su uso y divulgación

### De la información protegida de la Salud

Con mi consentimiento, el Centro de Salud escolar o la CHD pueden usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo cualquier el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud (TPO). Por favor, refiérase al Cincinnati Departamento de Salud Aviso de Privacidad práctica para una descripción más completa de tales usos y revelaciones.

Tengo el derecho de revisar las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. El Departamento de Salud Cincinnati se reserva el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de Privacidad práctica puede ser obtenida enviando una petición por escrito a Price Hill Health Center 2136 W. Eighth Street, Cincinnati, OH 45204.

Con mi consentimiento, Centro de Salud Escolar puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier cosa que asista en la práctica para llevar a cabo de TPO, como recordatorios de citas, elementos seguros, y cualquier llamada perteneciente a mi cuidado clínica, incluyendo los resultados del laboratorio entre otros.

Con mi consentimiento, el Centro de Salud Escolar o CHD puede enviar correo a mi casa o en otro lugar designado cualquiera de los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorio de la cita en tarjetas y las declaraciones para los pacientes, siempre que se marcan personal y confidencial.

Tengo el derecho de pedir que el Centro de Salud Escolar o CHD restringir como utiliza o revela mi PHI para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Sin embargo, la práctica no es necesario de acuerdo con mi pedido restricciones, pero si lo hace, es obligado por el presente acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy consiente a Centro de Salud Escolar de los usos y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones.

- PUEDO revocar mi consentimiento por escrito salvo en la medida en que la práctica ya ha hecho declaraciones en la dependencia de mi consentimiento previo. Si no lo hago firmar este consentimiento, el Centro de Salud Escolar puede negarse a proporcionar tratamiento.

---

\* Por favor tenga en cuenta que el **Centro de Salud Escolar** es totalmente opcional. **Escuela enfermería y servicios de emergencia, como siempre si usted da su consentimiento para que el Centro de Salud Escolar o no.**

**Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que su hijo/a ya no está matriculado en Las Escuelas Públicas de Cincinnati.** Usted puede revocar su consentimiento para dicho tratamiento en cualquier momento, solicitando el Centro de Salud Escolar, por escrito, para que su niño/a separado de Centro de Salud Escolar. Por favor, avísenos en el número que se indica abajo y por escrito de cualquier cambio en la tutela.

**Por favor, mantenga esta Descripción del Programa en sus archivos.**

**El Centro de Salud Escolar** es una excelente forma de mantener a su hijo/a sano y en la escuela. **Por favor, háganos saber si hay algo que te mantiene de inscribir a su hijo/a.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, **por favor llame al Programa de Salud Escolar (513) 357-2809 o comuníquese con la enfermera escolar.**